

APPLICANT		LEAVE BLANK		TYPE OR PRINT ALL INFORMATION IN BLACK		FBI		LEAVE BLANK		
		LAST NAME <u>NAM</u>		FIRST NAME						
		1997 <u>TODPRETN</u>		POCHE CHACON, ARSENIO						
SIGNATURE OF PERSON FINGERPRINTED		ALIASES <u>AKA</u>		O R I		USDSNVCOZ DOS NATL VISA CTR PILOT PROGRAM PORTSMOUTH, NH		952585154811		
X <u>Arsenio P. Chacon</u>		F O L I A								
RESIDENCE OF PERSON FINGERPRINTED		CITIZENSHIP <u>CTZ</u>		SEX <u>M</u>		RACE		HGT.		
DATE <u>09/1995</u>		YOUR NO <u>OCA</u>		WGT.		EYES		HAIR		
EMPLOYER AND ADDRESS		SDO1994322010		LEAVE BLANK		PLACE OF BIRTH <u>POB</u>		DOM. REP.		
		FBI NO <u>FBI</u>								
REASON FINGERPRINTED		ARMED FORCES NO <u>MNU</u>		CLASS						
IMMIGRANT VISA skin problems		SOCIAL SECURITY NO <u>SOC</u>		REF						
		MISCELLANEOUS NO <u>MNU</u>								
1 R THUMB	2 R INDEX	3 R MIDDLE	4 R RING	5 R LITTLE						
	amputation	amputation								
6 L THUMB	7 L INDEX	8 L MIDDLE	9 L RING	10 L LITTLE						
amputations										
LEFT FOUR FINGERS TAKEN SIMULTANEOUSLY					L THUMB	R THUMB	RIGHT FOUR FINGERS TAKEN SIMULTANEOUSLY			



DEL ROSARIO-Alayon, Andés

PRINSSJO
USINS
SAN JUAN, PR

ANDRÉS DEL ROSARIO

5/1/01

Illegal entry

Order to Show Cause

9/18/96

A 73 529 602

FBI

SID

FBI - NEW YORK

08-05-5

SERIAL BLANK

NCIC CLASS - FPC



Formulario de consentimiento para una radiografia

Yo, suscrito, por la presente consiento que se realice una radiografia del torso de mi cuerpo por un centro medico o a traves de facilidades de rayos-x nombrado por el Servicio de Aduanas de los Estados Unidos. Si es del sexo femenino, tambien consiento al examen de embarazo antes de llevar acabo el rayos x. Yo acepto que los resultados de dichos examenes y archivos relacionados incluyendo los archivos medicos se entreguen a los oficiales del Servicio de Aduanas de los Estado Unidos. Por la presente descargo al centro, y al personal que realice dichos examenes, y a cualquier oficial del Servicio de Aduanas de los Estado Unidos que ordene la realizacion de dichos examenes, de cualquier responsabilidad a raiz de dichos examenes. Comprendo que tengo el derecho de negar dicho consentimiento y acepto que mi consentimiento es brindado voluntariamente y que es libre de amenazas, coucion u otra intimidacion.

Firmado:

ARCE NIRO OSTE

Nombre impreso:

ARCE NIRO OSTE

Sexo (marque uno): Masculino Femenino

Fecha: 1-31-05

Hora: 2136

Firma del testigo: Angel S. Peralta

Insignia #: CAS 00109

Firma del testigo: R. John

Insignia #: #57855

Spanish

